

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1917

THÈSE

N°

29

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

SUR L'EXAMEN CLINIQUE

DE

L'Etat mental chez les Déments

et en particulier

chez les Déments épileptiques

Par A.-L. PICK

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR H. ROGER

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, — PARIS (VI^e A')

1917

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Année 1917

THÈSE

N°

29

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

SUR L'EXAMEN CLINIQUE

DE

L'Etat mental chez les Déments

et en particulier

chez les Déments épileptiques

Par A.-L. PICK

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR H. ROGER

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, — PARIS (VI^e A^t)

1917



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs.		M. G.-H. ROGER.
		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		Ch. RICHET
Physique médicale.		WEISS
Chimie organique et Chimie générale.		DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		ACHARD
Pathologie médicale.		WIDAL
Pathologie chirurgicale.		TEISSIER
Anatomie pathologique.		LEJARS.
Histologie.		PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		Auguste BROCA.
Thérapeutique.		POUCHET.
Hygiène.		N.
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		N.
Pathologie expérimentale et comparée.		LETULLE
		ROGER
Clinique médicale.		DEBOVE
		LANDOUZY
		GILBERT
		CHAUFFARD
Maladies des enfants.		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.		
Clinique chirurgicale.		PIERRE DELBET
		QUENU
		HARTMANN
Clinique ophthalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		LEGUEU
		BAR
Clinique d'accouchements		COUVELAIRE.
		RIBEMONT-DRES
		SAIGNE
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		A. ROBIN
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.		MARFAN

Agrévés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBoullet	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI.	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBE HENRI	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVAS	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	TINE.	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
DESMAREST	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
GOUGEROT	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GREGOIRE	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
	LEQUEUX	BETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE ZEMACH

MÉDECIN A MOSCOU

A MES SŒURS

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MON PREMIER MAÎTRE DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR H. ROGER

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

Chevalier de la Légion d'honneur

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

AUX MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

De mes stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. ROGÈR, doyen de la Faculté de Médecine de Paris ;

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS (*in memoriam*) ;

MONSIEUR LE DOCTEUR LION.

De mon externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR TALAMON ;

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUG. BROCA ;

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUFFE DE SAINT-BLAISE ;

MONSIEUR LE DOCTEUR PARMENTIER ;

De mes remplacements d'interne :

MONSIEUR LE DOCTEUR G. MAILLARD,	} Médecins de Bicêtre ;
MONSIEUR LE DOCTEUR RICHE,	
MONSIEUR LE DOCTEUR VURPAS,	
MONSIEUR LE DOCTEUR BOUFFE DE SAINT-BLAISE,	

Médecin-accoucheur de l'hôpital Tenon.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

AVANT - PROPOS

Nous avons eu la bonne chance de remplir des fonctions d'interne pendant près d'un an dans divers services d'aliénés de l'Hospice de Bicêtre. Nous avons profité de cette belle occasion pour acquérir quelques notions dans la psychiatrie. Particulièrement utile a été pour nous notre travail dans le service des épileptiques, où sous la direction éclairée de notre cher maître Monsieur le Docteur Gaston Maillard, Médecin-Aliéniste des Hôpitaux, nous avons entrepris diverses recherches sur l'épilepsie. Nous tenons à remercier ici de tout cœur cet excellent maître pour la bienveillance extrême qu'il nous a toujours manifestée et pour les précieux et instructifs conseils qu'il nous a constamment prodigués pour nos travaux, dont nous présentons une partie comme thèse inaugurale. Prêtant une importance de premier ordre à l'examen somatique chez les déments, ainsi qu'aux recherches de laboratoire, nous sommes obligés, vu les circonstances et le manque de temps, d'exposer ici seulement l'examen clinique de l'état mental chez ces malades et d'insister surtout sur sa méthode — sujet d'ailleurs très négligé par les manuels de psychiatrie, et qui ne serait pas sans utilité pour mes collègues débutants dans la psychiatrie, comme moi. — Pour les mêmes raisons nous appliquons la méthode exposée, seulement à l'étude de la démence épileptique pure.

INTRODUCTION

Nécessité d'une méthode clinique pratique pour l'examen des démences

Un de nos éminents maîtres (le très regretté Pr. RECLUS) disait mi-plaisant mi-sérieux : « Il arrivera un jour, où le bistouri aussi cédera sa place à la seringue, avec laquelle on injectera pour chaque maladie son remède spécifique ». Loin d'un optimisme pareil à brève échéance dans le domaine de la pathologie générale, nous sommes encore beaucoup plus loin de ce futur « âge d'or » en ce qui concerne la psychopathologie, où, non seulement la thérapeutique, mais aussi — ce qui doit précéder cette dernière — la symptomatologie et la classification de beaucoup d'entités morbides, sont à peine ébauchées. Aussi la définition de la démence, à l'heure actuelle généralement adoptée : « Affaiblissement des fonctions psychiques définitif et *incurable* » restera encore, si non pour toujours au moins pour longtemps valable sans modification. Cette définition peu encourageante, qui refuse évidemment à la démence une place

dans la médecine pratique a eu, dirait-on, une certaine influence sur les méthodes d'examen du fond mental chez les déments. En effet, présentant parfois un intérêt scientifique notable, la plupart de ces méthodes ont en même temps une très faible portée pratique, comme si leurs auteurs négligeaient intentionnellement ce côté de la question. Ainsi, tandis que les unes de ces méthodes ont recours à des procédés de laboratoire trop compliqués et à des instruments coûteux et parfois très délicats à manier, — les autres, sans poursuivre des buts pratiques précis et délimités, font prévaloir des points de vue purement théoriques et sont imprégnées d'une sorte de curiosité scientifique et de hasard, comme nous le verrons plus loin avec certains détails. Et cependant, malgré l'absence, dans l'examen du fond mental des déments, du but essentiellement pratique, qui est la thérapeutique — le diagnostic des déments même seulement au point de vue médico-légal et au point de vue de pronostic (pour la prise des mesures appropriées : placement etc.) a déjà une valeur pratique évidente qui doit suffire pour modifier le rapport purement académique des auteurs de ces méthodes à l'égard de l'examen des démences. D'autre part, jetant un coup d'œil sur le progrès de la pathologie générale (pour citer un des multiples exemples qui a trait entr'autres à la genèse de certaines maladies mentales, mentionnons le rôle des glandes endocrines) et prenant en considération le chemin parcouru par la psychiatrie, même seulement dans l'époque dite moderne (c'est-à-dire depuis Pinel jusqu'à nos jours), on

peut se permettre la *naïveté* de songer un peu à la prédiction optimiste ci-dessus et de faire, pour ainsi dire, dès maintenant des préparatifs nécessaires pour l'« arrivée du jour » (hélas ! encore bien éloigné), où notre impuissance dans la thérapeutique psychiatrique cédera le pas au triomphe plus ou moins complet de la science, — et alors la psychiatrie deviendra une branche inséparable de l'arbre épanoui de la médecine pratique, Ces préparatifs doivent consister dans la possibilité d'établir un bon diagnostic des diverses entités morbides mentales par des moyens d'investigation rationnels et pratiques, sans quoi, bien entendu, il ne peut pas être question d'une thérapeutique. Par conséquent, il nous faut dès à présent, une méthode clinique simple et maniable pour l'examen des déments, en vue des buts pratiques immédiats ainsi que pour l'évolution ultérieure de la psychiatrie, point sur lequel nous reviendrons plus loin.

Partant de telles ou d'autres considérations plusieurs aliénistes ont en effet travaillé en ces dernières années dans une direction pratique et ont fait des essais plus ou moins heureux. Certains d'entre eux ont réussi à élaborer des méthodes clinique d'examen des déments très ingénieuses. Il nous serait impossible de passer en revue toutes les méthodes existantes sans risquer de sortir hors des cadres d'une thèse inaugurale et aussi de nous éloigner trop de notre sujet. C'est pourquoi pour préciser l'insuffisance au point de vue pratique des unes et pour motiver nos préférences pour les autres, nous exposerons succinctement les qualités essentielles que nous exigeons d'une méthode pratique, après quoi un aperçu

très sommaire des méthodes les plus importantes, suffira pour préciser leurs qualités et leurs défauts d'après notre humble avis.

Les traits essentiels de l'examen clinique pratique en général.

Avant d'aborder la précision de l'examen clinique mental chez les déments, il serait tout naturel de jeter un coup d'œil sur son « frère aîné » — l'examen clinique en pathologie générale, celui-ci étant depuis longtemps établi sur des bases plus ou moins solides, et de passer en revue les idées directrices, les éléments constitutifs et les moyens d'investigation de ce dernier, après quoi, nous verrons jusqu'à quel point il peut servir de modèle pour l'élaboration d'un examen clinique pratique dans les démences.

Si nous envisageons l'examen clinique dans une maladie générale *per se* (laissant de côté son but final — le traitement), nous distinguons deux éléments essentiels qui entrent dans sa composition et qui d'ailleurs s'entrecroisent et parfois se confondent ensemble : l'élément qualitatif et l'élément quantitatif. Le premier consiste dans la recherche des symptômes pathognomoniques, où, à leur défaut, des symptômes caractéristiques, ainsi que dans l'appréciation des particularités individuelles et des complications ; l'autre élément a pour but l'évaluation du degré de l'intensité des symptômes

et des particularités trouvés. Autrement dit, tandis que l'élément qualitatif a comme idée directrice l'établissement du diagnostic de l'entité morbide (revêtant chaque fois une forme clinique quelconque) et sa différenciation des autres entités cliniques — l'élément quantitatif poursuit le repérage de l'état du malade, contemporain à l'examen, et la distinction d'un état de l'autre dans la même maladie pour pouvoir suivre l'évolution de cette dernière.

Voyons maintenant par quels moyens en général peut-on atteindre les buts mentionnés ci-dessus et auxquels d'entre eux a habituellement recours l'examen clinique pratique. Les moyens principaux d'investigation d'une maladie sont les suivants :

1. — Renseignements basés sur l'observation du malade lui-même et de son entourage, fournis spontanément et par interrogatoire du médecin, complétés par l'observation proprement dite de ce dernier, ce que nous appellerons, en vue d'une classification mnémonique commode (sans nous soucier d'une terminologie scientifique rigoureusement exacte) : procédés d'*observation passive*, pour les distinguer de la catégorie suivante :

2. — Exploration des appareils essentiels de l'économie, précision des lésions des appareils atteints et des défauts de leur fonctionnement. Ces procédés porteront le nom d'*observation active*.

3. — Procédés d'expérimentation simples, pouvant

s'accomplir, pour ainsi dire, au lit du malade et sans instrumentation compliquée, par exemple recherche qualitative de sucre et d'albumine dans les urines, ponctions exploratrices, etc. ; ce qui mérite l'appellation : *expérimentation immédiate*.

4. -- Procédés de laboratoire ou *expérimentation proprement dite* ; par exemple recherches bactériologiques, chimiques, anatomo-hystologiques, etc., qui nécessitent une installation particulière.

Tous ces procédés peuvent être divisés en deux classes :

a) Procédés d'observation, englobant les deux premières catégories : l'observation passive et l'observation active, et

b) Procédés d'expérimentation, contenant les deux dernières catégories : l'expérimentation immédiate et l'expérimentation proprement dite.

De ces quatre catégories c'est la deuxième — l'exploration des organes malades et de leurs fonctions défectueuses, qui forme l'examen clinique proprement dit. Celui-ci se complète — quand cela est possible — par la première et la troisième catégories, moyens adjutants parfois indispensables et qui entrent dans l'examen clinique moderne comme partie intégrante.

En ce qui concerne les procédés de laboratoire proprement dits, il est superflu de souligner leur valeur énorme scientifique et pratique pour dissiper des doutes et pour éclaircir des points obscurs, parfois d'une importance capitale. Mais l'examen clinique pratique étant

dans l'impossibilité d'avoir recours à ces procédés systématiquement, à cause de leur complexité, ils ne peuvent pas être considérés comme faisant partie de ce dernier et ils forment pour ainsi dire la partie exceptionnelle de l'examen clinique moderne, (à laquelle on a recours dans des cas exceptionnels). Ceci dit, résumons ce chapitre de la façon suivante :

L'examen clinique pratique moderne en général présente deux éléments :

1° Qualitatif, en vue de diagnostic,

2° Quantitatif, en vue de suivre l'évolution,

et sa méthode est basée sur 2 moyens :

1° Observation, passive et active,

2° Expérimentation, immédiate,

l'expérimentation proprement dite présentant la partie exceptionnelle.

PREMIÈRE PARTIE

Ce que doit présenter l'examen clinique d'un dément en général

L'intention de faire une analogie entre l'examen clinique psychopathologique et l'examen clinique en pathologie générale, après avoir exposé les traits caractéristiques de ce dernier, — se heurte dès le début à des objections sérieuses. Sans même entrer dans les détails d'une discussion philosophique sur la différence entre les « phénomènes physiologiques » et les « phénomènes psychiques », on est à priori incliné à affirmer que les deux sujets en question sont trop différents pour que leur examen soit analogue. Il suffit de prendre comme preuve éloquente de cette affirmation l'exemple suivant : combien moins favorables, sont les conditions dans lesquelles se trouve à l'heure actuelle l'aliéniste, en comparaison avec celles dans lesquelles se trouve le clinicien, en ce qui concerne l'examen des malades et le diagnostic. En effet, tandis que le clinicien possède, dans la plupart des cas, la possibilité de préciser par des procé-

dés cliniques simples les lésions des appareils atteints et a souvent un appui extrêmement précieux dans les données anatomo-pathologiques, — l'aliéniste dans l'état actuel de nos connaissances est, sauf quelques cas (p. g., myœdème etc.), dépourvu de ces moyens puissants de diagnostic, le cerveau qui « secrète la pensée, comme le foie la bile » (Cabanis) n'étant pas différencié ni pour la « localisation des fonctions psychiques » ni, à plus forte raison, pour celle des syndromes psychiques — (notion rudimentaire et d'ailleurs contestée pour le moment).

Mais qu'à cela ne tienne ! Si nous voulons nous rendre bien compte, nous verrons que même dans la clinique générale, la précision des lésions des organes occupe actuellement, pour ainsi dire, une place secondaire, en comparaison avec l'étude des fonctions. Prenons, par exemple, une maladie cardiaque. Est-il besoin de le dire que malgré l'importance énorme de la lésion organique décelée, nous prêtons notre attention surtout au fonctionnement de ce cœur malade et que, si la lésion est bien compensée, elle ne nous inquiète pas trop au point de vue pratique ? Il en est de même chez un brigthique, ou la définition de la lésion rénale — parenchymateuse ou interstitielle — a plutôt une valeur théorique et nous intéresse actuellement en clinique pratique fort peu. Ce qui attire toute notre attention en ce cas-là, c'est le fonctionnement du rein au point de vue de perméabilité, de rétention chlorurée, azotée, etc., et ainsi de suite. Si bien qu'il ne serait pas trop hardi de dire

que l'examen clinique moderne tend à être basé sur l'étude des fonctions dans tous les cas où cela est possible.

En outre, l'histoire de la médecine générale nous enseigne bien, que le diagnostic purement clinique et la différenciation des entités morbides ont de beaucoup devancé les investigations anatomo-pathologiques et les autres recherches de laboratoire et que ces dernières sont venues beaucoup plus tard, non pour bouleverser les acquisitions cliniques, mais bien au contraire, pour les élucider et les consolider. « Les vraies acquisitions cliniques — disons le avec Chaslin — ne disparaissent pas devant les découvertes de laboratoire ».

Cela étant, on peut affirmer que le manque de connaissance du substratum anatomique dans les démences permet d'admettre néanmoins l'idée d'établir un examen clinique pratique d'après les symptômes fonctionnels seuls et ne rend pas du tout illégitime l'intention de calquer cet examen sur le modèle de son frère aîné, l'examen clinique en général. Par conséquent, bien que nous sachions que chaque phénomène psychique se double d'un « processus matériel » (Bechterew) et qu'une activité mentale définitivement suspendue correspond nécessairement à un état d'altération des centres nerveux non moins décisif (Marie A), on doit tout de même tâcher d'arriver par l'étude clinique des fonctions psychiques défectueuses à l'élaboration d'un examen pratique des démences, les recherches de laboratoire etc, dirigées et guidées par les données cliniques acquises, viendront ensuite pour éclaircir ces dernières.

Mais, il y a lieu ici d'envisager encore un point très important. Dans la pathologie générale on a pour l'étude des fonctions physiologiques un critérium uniforme pour apprécier les écarts de la normale. En effet, sauf quelques modifications individuelles insignifiantes, tous les individus normaux, placés dans les mêmes conditions, ont le même fonctionnement de l'appareil respiratoire ou circulatoire etc. Tant s'en faut dans le domaine psychique, où l'origine, l'éducation, le milieu, les occupations, etc., provoquent des différences considérables, si bien qu'au premier abord on pourrait croire à l'impossibilité de trouver ici un niveau normal uniforme. Cette difficulté semble se compliquer encore plus par le fait, que « toutes nos facultés se tiennent et s'enchaînent » (Falret) et qu'en réalité les fonctions psychiques s'enchevêtrent et empiètent l'une sur l'autre, formant pour ainsi dire bloc. Mais cette difficulté n'est pas insurmontable. Les oscillations individuelles étendues ainsi que *l'enchevêtrement* s'aperçoivent surtout dans les fonctions psychiques dites *supérieures*, comme par exemple les sentiments moraux, sociaux, religieux, patriotiques, etc. Mais si on laisse de côté tous ces phénomènes psychiques compliqués, ainsi que le bagage intellectuel acquis par une instruction spéciale (ce dernier peut servir seulement pour l'évaluation du *degré* d'affaiblissement), et qu'on s'adresse aux fonctions psychiques élémentaires, propres à toute l'espèce « *homo sapiens* », comme par exemple l'attention, l'affectivité, etc. (Voir plus loin.) On a bien le droit de traiter ces « abstractions »

comme si elles avaient réellement une existence isolée, et il n'est pas difficile pour un aliéniste, même peu expert, de trouver un niveau qui puisse être pris comme normal et par rapport auquel les écarts individuels chez les normaux soient négligeables et par conséquent ceux des anormaux-appréciables.

De ces considérations résulte que les fonctions psychiques *simples* (ainsi que les notions scolaires élémentaires propres à tous les membres de la société moderne) peuvent être étudiées à peu près comme les fonctions physiologiques et que par conséquent elles peuvent servir comme base pour la construction d'un examen clinique pratique dans les démences. Pour en finir avec les notions préliminaires ajoutons brièvement que les moyens employés dans l'examen clinique en général, à savoir : l'observation et l'expérimentation, peuvent et doivent aussi bien être appliqués dans l'examen des démences ; seulement, avec le changement du terrain change nécessairement aussi leur nature dans une certaine mesure. Ainsi — comme nous le verrons plus loin dans l'exposé de la technique — *l'expérimentation immédiate* consiste ici dans l'interrogatoire à l'aide de *tests*, ce qui le distingue de l'interrogatoire *méthodique* visant l'étude systématique de chaque fonction psychique à examiner, et qui occupe ici la place de l'*observation active*.

Ceci dit, nous résumons nos considérations ci-dessus de la façon suivante : L'examen clinique de l'état mental chez les déments pour être pratique et plus ou

moins complet, doit — *mutatis mutandis* — présenter une copie fidèle de l'examen clinique pathologique en général. Cela veut dire — pour mieux fixer les idées — que l'examen mental pratique doit présenter les deux éléments :

1) Qualitatif — recherche des symptômes en vue de diagnostic différentiel ;

2) Quantitatif — évaluation de l'intensité des symptômes, en vue de suivre l'évolution de la maladie, — et sa méthode doit être basée sur les deux moyens suivants :

1) Observation : *a/* passive : enquête et observ. proprement dite du médecin ; *b/* active : interrogatoire méthodique ;

et 2/ expérimentation immédiate — tests, ayant parfois recours aux procédés de laboratoire — expérimentation proprement dite — qui présente la partie exceptionnelle de l'examen pratique.

Méthodes d'examen du fond mental chez les déments

Les travaux consacrés à l'examen des maladies mentales sont, comme nous l'avons déjà dit, trop nombreux pour que nous puissions en faire ici un aperçu historique même sommaire. C'est pourquoi nous laisserons hors de notre champ visuel les multiples essais basés sur des procédés uniques, isolés, ou consacrés à l'étude d'une

seule fonction psychique quelconque (1). Pareillement nous serons obligés de faire passer sous silence immérité, les travaux qui ont pour but l'étude des états mentaux particuliers (Aphasie-P. Marie, Mal. de Parkinson-G. Maillard, Chorée-Vurpas, Myxœdème Biros etc.) et nous nous arrêterons un peu seulement sur les « méthodes pratiques », qui visent l'application à diverses maladies mentales du même ensemble des procédés d'investigation.

Dans les chapitres précédents, nous avons insisté sur des notions qui sembleront à quelques uns d'une simplicité confinant à la banalité, et pourtant, un simple coup d'œil sur les méthodes d'examen des maladies mentales suffit pour démontrer combien on a négligé ces vérités banales et que par conséquent il n'était pas du tout superflu de les rappeler. Il est en effet facile de constater que très peu de ces méthodes envisagent la question dans toute l'ampleur tracée par nous et épuisent tous les moyens indiqués plus haut.

La question des méthodes d'examen mental est relativement récente. Négligée par la plupart des manuels modernes de psychiatrie, même les plus en vogue (Ballet, Fursac, Kraepelin, Marchand, Régis), elle l'a été à plus forte raison par les anciens auteurs (je reste toujours dans les limites de l'époque moderne) quand la psychiatrie a à peine commencé à secouer la poussière

« Combinaisons » d'Ebbinghaus. « Dessins » de Heillbronner, « Cubes » de Blondel, « Mots inducteurs », calcul » de Sommer, etc. pour étudier l'attention, le jugement, les associations etc.

du moyen âge, et que les procédés d'investigation étaient encore très restreints. Vers cette époque, la psychiatrie ne s'appuyait pas encore sur la psychologie qui continuait à rester spiritualiste et métaphysique, et les procédés d'expérimentation dans ces deux sciences étaient presque inconnus.

C'est pourquoi les premiers aliénistes de l'époque moderne (Pinel, Esquirol, Guislain et leurs élèves) avaient forcément recours à l'observation seule, et, observateurs par excellence comme tous les classiques, ils nous ont laissé des tableaux magnifiques surtout en ce qui concerne les maladies mentales qui se distinguent par des manifestations externes frappantes, se prêtant bien à l'observation (manie, mélancolie, démence, épilepsie, etc.).

Il va de soi que, dans des conditions pareilles, il ne pouvait pas être question de l'élaboration d'une méthode plus ou moins complète. Avec le progrès des sciences en général et des sciences expérimentales en particulier, l'expérimentation pénètre dans le domaine de la psychologie jusqu'alors spéculative, en même temps les recherches d'amphithéâtre et de laboratoire commencent à occuper une place de plus en plus importante dans la psychiatrie, désormais liée étroitement à la psychologie et ayant beaucoup de procédés d'investigation communs. La réaction qui a commencé contre l'« observation » seule dans ces deux branches, d'une part par les travaux de M. Rostan, Foville père, Calmeil, etc., en France, et d'autre part par l'« École soma-

tique « en Allemagne, allait en augmentant et a atteint son apogée avec l'« École de psychologie expérimentale ». Les adeptes de cette école dans l'empêchement de négation envers l'« observation » refusaient à cette dernière toute raison d'être. Un des maîtres les plus distingués de cette école justifie sa négligence envers les procédés *d'observation* de la façon suivante : » Nous n'avons pas pu proposer ici quelque chose de définitif, aussi préférons-nous ne rien donner, plutôt que d'apporter une ébauche encore trop incomplète et insuffisamment éprouvée. (Binet, L'étude expérim. de l'intellig., p 239). Mais malgré les grands mérites de cette école au point de vue scientifique, dans la clinique mentale *pratique* cette école — elle non plus — n'est pas allée beaucoup plus loin qu'une « ébauche encore trop incomplète », et ses grands espoirs ne se sont pas encore réalisés. Elle a commis tout d'abord une grave erreur en sacrifiant l'examen clinique pratique pour la partie purement scientifique qui doit servir pour renforcer la première, mais ne peut la remplacer. (D'après M. Toulouse, l'instrumentation seule d'un laboratoire de psych. expér. est évaluée à 50.000 fr. !). Ensuite cette école n'ayant pas encore eu un point d'appui solide dans des acquisitions cliniques assez bien établies, qui puissent diriger ses recherches — elle ne pouvait pas avoir un programme bien délimité pour ces dernières, si bien que la méthode a devancé le programme (Sikorsky) et par conséquent elle a été vouée au hasard. Et puisque l'*antithèse* (expérimentation) a em-

piété prématurément sur la *thèse* (observation), la *synthèse* harmonieuse se laisse encore attendre jusqu'à présent et ces deux procédés continuent encore à être en collision, au lieu de se souder ensemble harmonieusement.

A lire nos auteurs modernes, il semble que tous soient déjà d'accord sur la nécessité de ces deux procédés ensemble dans l'examen mental et pourtant, voilà quelques exemples de leur façon de réaliser cette « union sacrée » entre l'expérimentation et l'observation. Chaslin dans son beau livre « Elem. de Semiol. ment. » (Préface et p. 877) dit : « Je n'ai pas employé systématiquement de tests dont je ne fais pas fi, mais je crois qu'il n'ont qu'un usage limité dans la pratique courante ». Serait-il admissible de tenir le même langage concernant « l'expérimentation immédiate » dans l'examen clinique général, si on ne la confond pas avec l'expérimentation proprement dite ?

Est-il besoin de le dire que négligeant un moyen si important et en même temps si commode, beaucoup de détails doivent forcément échapper à l'examineur. (V. plus loin). (En même temps M. Toulouse dans son « Manuel de psychologie expérimentale » souligne comme une grande concession le fait qu'il a consacré quelques (!) pages à l'observation). Encore un exemple, et des plus éloquents, de l'antagonisme persistant entre l'observation et l'expérimentation, et en même temps, preuve de confusion des conceptions simples indiquées dans les précédents chapitres. Revault d'Allonnes dans

son livre plein d'excellentes notions : « Affaiblissement mental » préconise une méthode mixte basée sur les deux procédés techniques ensemble ou d'après sa définition sur « l'observation expérimentée ». Malgré la prédominance évidente des procédés d'expérimentation immédiate (tests multiples bien assortis) dans cette méthode ingénieuse (mais — en passant soit dit — plus scientifique que pratique), l'auteur s'efforce de démontrer l'incomparable infériorité de l'expérimentation en clinique mentale en comparaison avec l'observation. Il motive cette infériorité par le fait que l'expérimentation crée une mentalité momentanée, « saillante », d'après laquelle on ne peut pas juger sur la vraie mentalité du dément qui « parfois se surpasse ». Mais il y a ici une confusion nette entre les conceptions : « examen qualitatif » et « examen quantitatif ». Certes, le *degré* d'affaiblissement mental doit être jugé d'après la « situation mentale habituelle », la « manière d'être spontanée » (Chaslin), mais l'examen qualitatif — le diagnostic — peut tirer un profit énorme de cet état mental « solennel », si il se répète dans les mêmes conditions chez toutes une catégorie des malades. Si par exemple le test de Bourdon (*a* barrés) nous révèle une attention *simple soutenue* tout à fait frappante chez les déments épileptiques même du V^e degré (v. Revault d'Allonnes, « échelle d'intelligence »), nous sommes en droit d'affirmer que c'est un des symptômes caractéristiques de la démence épileptique, et qui échappera même à un fin observateur, comme M. Chaslin, et ainsi de suite.

Quant à nous, nous pensons qu'il est tout à fait inutile d'entrer dans une discussion sur la valeur comparative de ces deux moyens. Tous les deux sont indispensables dans une méthode pratique complète : on ne pourra pas diagnostiquer cliniquement comme il faut, par exemple, la démence précoce sans *observer* la sphère affective, ou l'attitude catatonique, ainsi que la démence sénile sans *expérimenter* la mémoire, ou la p. g. sans expérimenter le jugement.

Laissant de côté les autres méthodes mixtes (Ferrari, Ziehen, Sommer, Bechterew) faute de place, — nous dirons comme conclusion que la méthode de MM. Gilbert Ballet et Genil-Perrin (*Encéphale*, 1914, n° 2) par son ampleur et par la simplicité de sa technique (nous reviendrons encore sur ce point) nous semble une des meilleures et plus ou moins correspondante aux exigences exposées plus haut. C'est pourquoi nous la recommandons pour l'examen des déments en général et nous l'adoptons avec quelques légères modifications pour l'examen d'un dément épileptique demandant, comme nous le verrons, parfois un diagnostic particulièrement minutieux.

Dans les chapitres suivants nous exposerons brièvement cette méthode, ainsi que nos modifications, et son application à l'examen de l'état mental d'un dément épileptique.

Exposé abrégé de la méthode

de MM. Gilbert Ballet et Genil-Perrin

I. — PROGRAMME : fonctions mentales à examiner.

A. AFFECTIVITÉ,

- a) auto-affectivité : sentiments égoïstes,
- b) hétéro-affectivité : sentiments altruistes.

B. ATTENTION,

- a) att. spontanée, résultant d'une sollicitation venue de l'extérieur.
- b) att. soutenue, résultant d'une sollicitation venue de l'intérieur, acte de volonté.

C. MÉMOIRE,

- a) souvenirs anciens { fixation,
conservation,
- b) souvenirs récents { évocation.

D. ASSOCIATION DES IDÉES,

- a) rapidité
- b) cohérence.

E. ACTIVITÉ GÉNÉRALE.

II. TECHNIQUE

A. QUESTIONS PRÉLIMINAIRES : préface à l'examen.

- a) Orientation autopsychique { 1) nom,
2) âge,
3) profession.
- b) Orientation dans le temps { 1) jour de la semaine.
2) mois,
3) année,
4) quantième,
5) heure.
- c) Orientation dans l'espace :
1) lieu, 2) ville, 3) quartier.

d) Conscience de la situation :

1) cause du placement (« Pourquoi êtes-vous ici ? »)

2) milieu.

Chemin faisant remarquer approximativement l'attention spontanée, l'auto-affectivité (souci de la situation), la mémoire de fixation (orientation dans le temps) :

B. ATTENTION.

a) attention spontanée :

tout l'interrogatoire.

b) attention soutenue :

1) simple : test de Bourdon — barrer les *a* dans un morceau imprimé.

2) conjuguée : test de Revault d'Allonnes (modifié).

25 carrés noirs disposés en 5 rangées à intervalles horizontaux et verticaux. Les colonnes verticales sont repérées par les lettres A, E, I, O, U et les rangées horizontales par les chiffres 5, 4, 3, 2, 1. « On explique au sujet sur quel carré il doit poser le doigt quand on lui demande d'indiquer O 1, E 3, U 2, etc. ». — On note la fréquence des fautes.

L'*attention* demande une enquête sérieuse dès le début, pour éviter des erreurs grossières. Par exemple, un dément précoce répondra sur toutes les questions : « Je n'en sais rien, je ne me rappelle pas », non parce qu'il a perdu les notions, seulement à cause de l'inattention extrême, qu'on doit secouer.

Remarquer : fixation de l'attention facile ou nécessité de secouer, indifférence, fixation de la pensée à au-

tre chose, mobilité, concentration mélancolique, durée, fatigue, efforts pour répondre, réponses à côté.

C. MÉMOIRE.

a) Souvenirs anciens :

enfance, école, certificat d'études, première communion, service militaire, mariage, enfants.

b) Souvenirs récents :

actes accomplis les jours précédents, date et circonstances d'internement, examen antérieur (paroles et actes). (Pas accorder une grande importance à la vie journalière, monotone de l'asile).

c) Capacité de fixation :

1) lecture (V. plus bas).

2) Épreuve de la boîte : On place devant le malade quelques objets dans une boîte et au bout de quelques instants on lui demande ce qu'il y en a.

d) Facilité de l'évocation :

Mêmes tests. Si le malade fixe bien, seulement il a de la difficulté à l'évoquer, on énumère une série d'objets, et le malade doit arrêter à la mention d'un objet mis dans la boîte.

Facilité ou difficulté, l'aide de l'examineur, illusions (déjà vu, fausses reconnaissances, fabulation (mythomanie).

D. ÉPREUVES DE LA LECTURE ET DE L'ÉCRITURE :

(Un fait divers découpé dans un journal, collé sur un carton).

a) Lecture du texte :

Intelligente, automatique, modification du texte.

(Degré de culture).

Fixation de l'attention, instabilité, nécessité de la stimuler sans cesse. (Attention).

b) Récitation (attention et mémoire) :

Si le malade ne peut pas raconter (défaut d'attention) :

« Relisez et faites attention, car on vous demandera de le raconter dans un instant ». Le sujet ne relit pas (défaut de fixation ou d'évocation, en ce cas-là aider à la manière des examinateurs bienveillants).

Bon ordre de souvenirs (association des idées) confusion, fabulation.

c) Copie (1^{re} partie du texte) :

Facilité, rapidité, application, instabilité (degré de culture et attention).

Caractères calligraphiques : tremblement, ornements.

Caractères psychographiques : omissions, modifications, fautes d'orthographe, stéréotypies.

d) Dictée (2^e partie du texte) :

Comparer avec la copie (culture, mémoire de conservation).

e) Explication du texte :

Enquête sur les connaissances scolaires, jugement, notions éthiques, etc.

E. ÉPREUVE DE CALCUL :

a) table de multiplication (mémoire automatique).

b) calculs mentaux simples (association des idées).

c) opérations écrites :

Soustractions avec retenues, impossibles (attention).

- d) Problèmes faciles, règle de trois (attention, association, jugement).

F. ASSOCIATION DES IDÉES, jugement, imagination :
(rapidité, cohérence d'après les épreuves précédentes.) compléter par les épreuves suivantes.

- a) Epreuve des associations rétrogrades :
(compter à l'envers, énumérer à l'envers les jours, les mois. (associat. nouvelles des anciennes notions, Ziehen).

- b) tests de jugements :

- 1) « A quoi sert cet objet ».
- 2) « Que faut-il faire : quand on veut aller à Bordeaux ? Quand on veut expédier de l'argent ? »
etc.
- 3) Syllogismes justes et faux.

- c) tests d'imagination :

- 1) Faire une phrase avec 3 mots, par exemp.,
Rose, Bouquet, Jardin, etc.
- 2) Quels sont vos projets ?
- 3) Pièges à fabulation : « Etes vous content de la promenade à cheval que nous avons faite ensemble l'autre jour ? »

G. AFFECTIVITÉ :

- a) Auto-affectivité :

Aliments, friandises, tabac, sorties, soucis de la santé, de l'avenir.

b) Hétéro-affectivité :

Comment reçoit-il sa famille ? (indifférence, émotivité exagérée), relations avec ses camarades (politesse, bienveillance, etc.).

H. ACTIVITÉ :

Occupations, inactivité complète, actes *élémentaires* de la vie hospitalière. Demandes à travailler, rendement, intelligence, activité *volontaire* ou *automatique* prédomine (*activité coordonnée*, travail) ; *réactions automatiques* : impulsions, stéréotypies, négativisme, catalepsie.

Réactions vives, (exubérance, entrain, agitation) ou lentes (hébétude, torpeur, stupeur).

Pour terminer, les auteurs essaient de représenter graphiquement les résultats obtenus. Ils attribuent des notes de 1 à 5 pour chaque fonction à la manière des maîtres d'école. Les chiffres obtenus ils traduisent par des colonnes de hauteur correspondante et des couleurs différentes pour chaque fonction. Il nous est impossible de nous arrêter plus longtemps sur cet essai intéressant. (V. Encéphale 1914).

DEUXIÈME PARTIE

Application de la méthode ci-dessus à l'examen d'un dément épileptique

Presque tous les travaux sur l'épilepsie mentionnent avec plus ou moins de détails la démence épileptique, c'est-à-dire l'affaiblissement mental *définitif* chez certains épileptiques, qu'on ne doit pas confondre avec les troubles mentaux accompagnant directement les accès, ni avec les « équivalents psychiques » — tous les deux étant pour ainsi dire, accidentels et plus ou moins passagers. C'est pourquoi, pour ne pas « remoudre — selon le proverbe oriental — la farine moulue » nous nous abstiendrons ici d'une description détaillée de la démence épileptique, en nous réservant d'énumérer ses symptômes, ressortissant des « observations », dans nos « conclusions ». Dans ce chapitre nous nous bornerons à envisager seulement quelques points qui ont trait à l'application de la méthode ci-dessus, à l'examen de l'état mental chez un dément épileptique.

Une question intéressante s'impose devant cette intention. « Ne sera-t-il pas superflu, demandera-t-on, d'avoir recours pour l'étude clinique de la démence épileptique à la même méthode complète sur la nécessité de laquelle nous avons insisté pour l'examen des démences en général ? En d'autres termes, est-il besoin d'employer en ce cas-là une méthode visant non seulement le *degré d'affaiblissement* mais aussi le *diagnostic*, et ne suffirait-il pas d'un procédé quelconque restreint (comme p. ex. « l'échelle d'intelligence » de Revault d'Allonnes. V. son livre : Affaiblissement int. chez les déments) pour définir seulement le premier, — le diagnostic se faisant, pour ainsi dire, tout seul, soit par la présence des accès ou de leurs équivalents, soit par les stigmates physiques (morsures de la langue, cicatrices ?) Autrement dit, connaissant la cause, par là même nous connaissons déjà sa conséquence, : « La démence chez un épileptique est, bien entendu, la démence épileptique » et le diagnostic est fait ! A cette « équation » nous allons consacrer quelques réflexions. Parmi les auteurs qui ont écrit la démence épileptique on peut distinguer deux courants. Tandis que les uns différencient plusieurs formes de cette démence, les autres en décrivent une seule forme à quelques nuances près, admettant en même temps la coexistence de divers troubles mentaux, non de caractère épileptique. Un des premiers qui a mentionné une forme particulière de la démence épileptique a été Delasiauve. Cet auteur, à côté de la démence épileptique simple, décrit notamment une forme *paralytique* la considérant

comme un résultat direct de l'épilepsie et comme une forme clinique de la démence épileptique. (Traité de l'épilepsie, p. 162).

Plus tard ont été différenciés par divers auteurs plusieurs types encore de la démence épileptique : à forme de démence précoce, spasmodique, sénile. Certains de ces auteurs sont allés beaucoup plus loin et ont émis des règles quasi-absolues. « La démence épileptique — li-sons-nous chez M. Marchand — *peut présenter* divers caractères : 1) dans les premières années, idiotie congénitale ; 2) avant la puberté, imbecilité ; 3) à la puberté, démence précoce. Quand les troubles *moteurs* sont accentués ils peuvent caractériser deux formes particulières : la démence épileptique spasmodique et la démence épileptique à forme de pseudo-paralysie générale ». (Manuel de médecine mentale et Revue de psychiatrie 1907). Ce *peut présenter* de M. Marchand a rapidement fait fortune et a bientôt évolué presque en un *doit présenter*. Voilà les conclusions d'une thèse apparue en ces dernières années sur ce sujet : « I. L'état intellectuel des déments épileptiques jeunes ressemble à celui des déments précoces. — II. L'état intellectuel des épileptiques devenus déments à l'âge adulte ressemble à celui des paralytiques généraux. — III. Les sujets atteints dans le jeune âge par le mal comitial et chez lesquels l'affaiblissement intellectuel n'est survenu qu'après l'âge adulte ressemblent aux déments séniles ». (Morel, Affaibl. intell. dans la dém. épil. Thèse Lyon 1912).

Aux mêmes conclusions que M. Morel, mais dans une forme beaucoup moins catégorique, arrive un aliéniste américain (A. Gordon. Transactions of the American medico-psychological association, 1914, vol. 21). Tous ces auteurs affirment donc la multiplicité de formes de la démence épileptique, seulement ces derniers, et parmi eux surtout M. Gordon, s'efforcent de trouver des traits communs à toutes les formes décrites par eux : conservation du « caractère épileptique » (Marchand), tendance à la répétition (Morel), *évolution lente*, affaiblissement intellect. moins global, irritabilité, impulsions, méfiance, égoïsme, mysticisme, etc. (Gordon). D'autre part, M. Chaslin après avoir énuméré plutôt diverses nuances que de vraies formes de la démence épileptique (forme ralentie, forme juvénile, etc.) ajoute : « Il y a peut être, des relations entre la démence juvénile épileptique et la démence précoce. C'est encore un point sur lequel nous ne savons pas grand'chose. » (Elémén. de sémiologie, p. 830). Dans cette faible tentative d'établir une relation entre les deux syndromes morbides, nous nous trouvons déjà loin de la règle absolue : que la démence épileptique juvénile ressemble toujours à la démence précoce. D'ailleurs M. Chaslin lui-même cite deux formes juvéniles ou infantiles : flasque et spasmodique, qui n'ont bien entendu aucune relation avec la démence précoce. Sur un point diamétralement opposé à cette conception, au moins concernant la dém. précoce, nous serons avec I. et R. Voisin (Pr. Méd. 1907) qui revenant sur cette question s'expriment de la façon suivante ; On peut voir surve-

nir chez des épileptiques à l'âge de la puberté *une forme rapide* de démence sans phénomènes de spasmodicité, pouvant affecter les formes hébéphrénique, paranoïaque, catatonique de la démence précoce. Elle nous paraît être de la démence dégénérative, réveillée et activée par les phénomènes d'intoxication propres à l'épilepsie. » En d'autres termes, il ne s'agit plus ici d'une forme clinique de la démence épileptique, mais bien d'une vraie démence précoce chez un épileptique prédisposé, chez lequel l'éclosion de cette démence précoce a été activée par l'épilepsie.

Beaucoup plus généralisée et affirmative en ce sens est l'opinion exprimée bien avant par Magnan, qui ne connaissait pas encore la démence précoce comme entité morbide différenciée. A ce sujet il consacre dans ses « Leçons cliniques » un chapitre qui porte le titre : « Coexistence de l'épilepsie avec certaines autres formes des maladies mentales ». Dans ce chapitre l'auteur cite des observations, où l'on voit coexister avec les troubles épileptiques « diverses vésanies », idiotie, manie, divers délires ; folie alcoolique, etc. (qui d'après lui se distinguent, entr'autres, des vrais troubles épileptiques par la persistance de leurs souvenirs). Quant à nous, il nous semble bien que la logique et surtout la clinique journalière plaident pour les derniers auteurs contre le « beau et agréable » schéma de M. Marchand et de M. Morel et Cie. En effet il serait extrêmement bizarre d'admettre que l'épileptique soit immunisé contre les autres maladies mentales en dehors de la démence épi

leptique. Si par exemple, un adolescent sain est sujet à la démence précoce, pourquoi un adolescent épileptique ne le serait pas ? Le même raisonnement s'impose concernant la démence sénile, etc. Mais c'est surtout la pratique clinique journalière ainsi que les nombreux documents contenus dans les ouvrages sur l'épilepsie, qui apportent un démenti formel à ce beau schéma et qui démontrent que la réalité est loin d'être si « belle » et si « harmonieuse ». En effet, est-ce que nous ne rencontrons pas tous les jours dans les services spéciaux des adolescents épileptiques dont l'intelligence commence à faiblir progressivement et qui conservent cependant une affectivité et une bienveillance remarquables, ne présentant aucun trait de la démence précoce ? Est-ce que nous ne voyons pas assez souvent des malades ressemblant au charpentier de Kraepelin (Introduction, p. 309) qui à 53 ans a commencé une démence épileptique qui n'avait rien de commun ni avec la démence sénile, ni avec la p. g. ?

En réalité, si on s'appuie sur une étude clinique minutieuse et sur le témoignage de divers auteurs, on peut conclure qu'il y a des troubles mentaux, autres que la démence épileptique, qui peuvent précéder l'épilepsie, coïncider avec elle ou la suivre. Parmi les premiers, on cite l'idiotie congénitale (Traité de G. Ballet), plus rarement, les premiers stades de la démence précoce et de la p. g. (« crises épileptiformes », Chaslin), la « démence alcoolique » etc. Parmi la seconde catégorie se trouvent les divers troubles mentaux survenant simul-

talement avec l'épilepsie à la suite d'un traumatisme cérébral, et surtout les troubles pseudo-paralytiques et spasmodiques qui, bien que se développant pour la plupart lentement et tardivement, ont cependant leur origine dans les mêmes lésions cérébrales qui ont provoqué l'épilepsie, et ils la précèdent même parfois. Enfin les démences, autres que la démence épileptique, qui suivent l'épilepsie peuvent présenter une forme *pure*, sans symptômes de la démence épileptique (p. ex. la démence précoce à *évolution rapide*, type Voisin), ou une forme *mixte*, s'entrecroisant avec les symptômes de la démence épileptique (p. ex. la démence précoce à *évolution lente*, type Gordon).

Quant à la démence épileptique proprement dite, elle aussi, à son tour, peut être *pure*, ce qui est le cas le plus fréquent (v. Conclusions) ou *mixte*, coïncidant dans ce dernier cas avec une plus ou moins grande quantité de symptômes de la démence précoce, sénile, etc., avec lesquels, ainsi qu'avec les phénomènes paralytiques et spasmodiques qui l'accompagnent parfois, elle se trouve dans un rapport de contiguïté, mais pas d'identité, si bien qu'il n'existe pas une démence épileptique à forme de démence précoce p. ex., comme il n'existe pas une démence précoce à forme de démence épileptique; il existe l'une ou l'autre ou toutes les deux ensemble. Par conséquent les diverses formes de la démence épileptique créées depuis Delasiauve, au lieu d'être considérées comme des complications ou comme des coïncidences de l'épilepsie, encombrant sans raison la des-

cription de la démence épileptique et créent une classification inutile embrouillant la conception de cette dernière. Certes, la démence épileptique même *pure* ne reste pas toujours identique à elle-même, et elle présente divers aspects cliniques, mais en réalité, il s'agit seulement de diverses nuances du même tableau. Les symptômes cardinaux (v. Conclusions) restent à peu près les mêmes, ce qui change c'est leur expression externe, si on veut, qui peut présenter la même diversité comme p. ex. l'âge du malade, sa culture et surtout son caractère dit « épileptique » (v. plus bas) etc., si bien que dépendant de ces conditions ainsi que d'autres causes encore inconnues qui régissent les phénomènes psychiques en général, la démence épileptique peut accepter divers « coloris », principalement d'ordre *émotif* et se présenter en clinique sous les aspects : hypocondriaque, euphorique, dépressif ou ralenti, excité ou turbulent (enfants) etc. Si nous ajoutons encore à cela les différents degrés d'intensité des symptômes ainsi que diverses complications psychiques et physiques, nombreuses et variables, peut être, comme les causes de l'épilepsie elle-même, nous aurons déjà une *multitude* de *formes* cliniques de la démence épileptique, qu'on ne doit pas alourdir inutilement par l'identification de cette dernière avec des entités morbides nettement différenciées comme p. g., dem. sénile, précoce. Elles peuvent être isolées ou coexister ensemble, mais elles ne peuvent pas se transformer l'une en l'autre par caprice des auteurs.

A propos, il y a lieu de noter ici, combien la diversité du caractère dit « épileptique » (mentionnée tout à l'heure) a échappé à beaucoup d'auteurs, même parmi les plus importants.

La plupart des aliénistes désignent le caractère épileptique de la façon suivante : méchanceté, fourberie, égoïsme, etc. En même temps Kraepelin écrit : « La plupart des épileptiques ne sont d'ordinaire excitables qu'à certains moments : ce sont le plus souvent des gens aimables et prêts à rendre service (p. 307),

M. Dutil (Traité de G. Ballet) essaie de concilier ces deux opinions diamétralement opposées en affirmant que le caractère épileptique se distingue par une *mobilité d'humeur* ? « Tantôt affables et généreux, tantôt grossiers et haineux, etc. » (p. 852). Mais c'est M. Régis qui tranche le nœud gordien d'une manière juste, conforme à la clinique. « Il y a à cet égard, dit-il, deux catégories d'épileptiques : les uns sombres, taciturnes, défiants, ombrageux, toujours prêts à se fâcher, etc. ; les autres, au contraire, obséquieux, prévenants, câlins, pleins d'effusion et de douceur ». (D'ailleurs, l'irritabilité, ajoute-t-il, est commune aux deux catégories). Quoi qu'il en soit, le diagnostic de la démence épileptique même en présence des accès peut présenter des difficultés sérieuses, étant donné la possibilité chez un épileptique d'une démence autre que la démence épileptique, d'une démence *mixte* ou de diverses nuances de la démence épileptique simple. Une fois sur le terrain des divergences d'opinions, mentionnons encore un petit

fait de ce genre. Cullère dit : « La mémoire (chez les épileptiques) se trouve la moins atteinte et n'est pas en rapport avec l'affaiblissement des autres facultés (Traité de Maiment). Féré affirme juste le contraire et il constate l'affaiblissement de la mémoire « même chez ceux qui jouissent en apparence de leurs facultés mentales ». (Aide-mémoire).

De toutes ces considérations résulte que même la démence « pure et simple » présente encore des problèmes à résoudre par des moyens cliniques et qu'à plus forte raison la démence épileptique « mixte » exige un examen clinique complet et un diagnostic minutieux. Par conséquent, les considérations qui ont servi comme point de départ à ce chapitre ne peuvent pas nous empêcher d'adopter pour l'examen de l'état mental des éléments épileptiques la méthode plus ou moins complète de G. Ballet et G. Perrin avec quelques modifications. Les modifications ne sont pas nombreuses et elles comprennent à la fois la méthode et la technique. Concernant la méthode nous insistons sur la nécessité de la compléter par l'étude des émotions : joie, euphorie, tristesse, hypocondrie, terreur, découragement, etc. Certes, l'élément émotif dépendant des sensations cénesthésiques (comme le font remarquer les auteurs) appartient comme les sensations en général, pour ainsi dire, à la « matière première » de la psychologie, qui touche plutôt à la physiologie, et que par conséquent, son étude doit trouver une place plutôt dans l'examen physiologique. Mais ce dernier (sauf la partie qui appartient à l'examen

somatique) étant presque entièrement un examen de laboratoire à l'aide de divers instruments ; d'autre part étant donné l'importance de l'étude des émotions, qui prétent, comme il a été dit, divers « coloris » à la démence épileptique, pour le diagnostic de cette dernière, il est indispensable de faire rentrer leur étude dans l'examen clinique de l'état mental auquel elles appartiennent tout de même, au moins en partie. De même si l'*observation passive* révèle par ex. la présence chez le malade de troubles des perceptions (hallucinations, illusions), de délire, d'impulsions, il est nécessaire de rapporter leur étude aussi à l'examen clinique de l'état mental des déments. Bien entendu, ces phénomènes appelés à juste titre par R. d'Allonnes « paradémementiels » ne sont aucunement proportionnels au degré d'affaiblissement mental, et leur présence ou absence par rapport au dernier ne prouve rien : on peut être *très dément* sans présenter des troubles de ces phénomènes psychiques et inversement. (V. « Affaiblissement » R. d'Allonnes). Mais d'après notre définition l'examen pratique ne s'occupe pas seulement de l'évaluation du degré d'affaiblissement mental, il s'occupe aussi et même particulièrement de diagnostic, et pour le diagnostic ces phénomènes ont une importance capitale. Citons par exemple les hallucinations visuelles et auditives (alcoolisme), le délire de jalousie (idem, épilepsie), illusions (dem. sénile) impulsions (épilepsie) etc. C'est pourquoi nous plaçons dans le programme de l'examen de l'état mental chez les déments épileptiques les phénomènes paradémementiels mentionnés plus haut.

En ce qui concerne la technique nous remarquerons ceci. Clouston dit : « Jusqu'à un certain point réussir à examiner une personne folle est un don personnel qui ne peut se communiquer ». (Traité intern. de psychol. psychiatr. T III. p 817). Mais il est incontestable que l'exercice sous une bonne direction a une importance énorme et peut rendre service même à une personne qui ne possède pas de « dons » particuliers. Pareillement la connaissance de la méthode pédagogique dite *socratique* (questions systématiques graduellement posées) rendra à un débutant des grands services. Sans être tout-à-fait d'accord avec Binet et Simon (Année psychologique 1909-1910) que le niveau mental chez les déments peut être comparé avec celui des enfants normaux de divers âges (le *niveau* deviendrait peut être le même, si la *capacité* ne différait pas), l'auteur de ces lignes ayant été un certain temps dans l'enseignement a pu se convaincre, combien de ressemblance il y a entre la technique de l'interrogatoire d'un dément et celle d'un élève et que les notions méthodico-pédagogiques peuvent être très utiles à un débutant dans la psychiatrie surtout pour mener à bien les épreuves de calcul, lecture, récitation etc. qui sont des procédés purement scolaires. Ces notions éviteraient p. ex. la pose des questions vagues comme : « Parlez-moi de la France ; des autres pays » « Parlez-moi de Jeanne d'Arc » etc., quest. qui ne pourront d'aucune façon vaincre l'inertie mentale d'un dément épileptique et fixer son attention affaiblie, à moins qu'on veuille tout simplement le faire parler sans chercher une réponse

nette. (V. thèse de Lyon 1912 : Affaib. intell.) De même on n'accablerait pas le dément de questions d'une monotonie meurtrière sur 38 espèces du règne animal, — 30 du règne végétal — 38 objets divers — somme toute sur 99 objets ! (V. I^{re} observat. de la thèse « Sur l'état intell. des déments », Lyon 1912). Enfin le débutant tirera un grand profit d'un bon schéma d'examen qui doit être facile à retenir. Le meilleur moyen d'atteindre ce dernier but est de *formuler* et d'*étiqueter* toutes les parties de l'examen. C'est pourquoi nous nous sommes adressés à la vieille « triade psychologique » : affectivité, intelligence, volonté (ou mieux activité) qui reste jusqu'à présent très commode au point de vue systématique et didactique. Enfin nous avons supprimé quelques détails (comme p. ex. la preuve de syllogismes) trop compliqués pour les déments épileptiques même au début de leur déchéance. Nous résumons dans un schéma bref à l'usage du débutant toute la méthode et sa technique, ainsi que les modifications introduites par nous.

Schéma de l'examen clinique de l'état mental chez un dément épileptique

I. — PROGRAMME

A. SPHÈRE AFFECTIVE :

1. *Affectivité* :

- a) Auto-affectivité (sentiments égoïstes) : égoïsme, orgueil, soucis de la santé, de l'avenir, intérêt pour la nourriture, les gourmandises, le tabac, la toilette, les sorties, etc.

II. — TECHNIQUE

PROCÉDÉS

FONCTIONS A EXAMINER

A. — Observation passive :
(enquête et observation proprement dite).

- a) sphère affective — *toute*.
- b) sphère active — *toute*.
- c) sphère intellectuelle — rôle secondaire.

B. — Observation active :
(interrogatoire méthodique précédé de questions préliminaires).

- a) sphère intellectuelle — *toute*.
- b) sphère affective et active — rôle secondaire.

C. — Expérimentation immédiate :
(tests).

- a) sphère intellectuelle — toute (sauf perceptions (1), délires).
- b) sphère active :
 - 1) travail provoqué.
 - 2) langage et écriture.

1) Test de Bourdon
(a barrés).

a) attention simple soutenue.

2) T. de R. d'Allonnes
(épreuve des carrés noirs).

- a) attention conjuguée.
- b) association des idées.

(Chez les déments *peu avancés*, pour apprécier la durée et l'exactitude d'un acte complexe concernant l'attention et l'association des idées, nous avons employé le Plan de Paris en douze coupures « Hachette ». Après des explications et des exemples suffisants nous demandons de trouver — par exemple d'après la liste des églises — le Sacré-Cœur, etc., 3 chiffres indiquent la carte, la ligne horizontale et la ligne verticale).

(1) L'examen des troubles des perceptions occupe une place importante dans les procédés de laboratoire.

PROCÉDÉS

FONCTIONS A EXAMINER

- | | |
|--|--|
| 3) Epreuve de la boîte. | a) mémoire
fixation, évocation, (conservation). |
| 4) Epreuves de lecture et d'écriture : | |
| a) lecture | a) attention |
| b) récitation | b) mémoire |
| c) copie | c) association des idées |
| d) dictée | d) jugement. |
| e) explication du texte (examen des notions scolaires). | (degré de culture, notions éthiques. etc.). |
| 5) Epreuves de calcul : | |
| a) table de multiplication | a) mémoire automatique |
| b) calculs mentaux et écrits | b) attention |
| c) problèmes. | c) association des idées |
| 6) Epreuve de l'énumération à l'envers (jours, mois) | d) jugement
a) association élémentaire |
| 7) T. de jugement : | |
| a) usage des objets | a) jugement |
| b) plans des actes complexes (Que faut il faire quand...). | b) associations des idées. |
| 8) T. d'imagination : | |
| a) composition des phrases avec 3 mots. | a) imagination. |
| 9) T. de travail intelligent provoqué : | |
| a) composition d'une lettre. | a) sphère intellectuelle, <i>presque toute</i>
b) affectivité
c) travail intellig. provoqué. |

OBSERVATIONS

Remarques. — Le schéma ci-dessus ne peut pas être appliqué à l'examen de tous les déments. Sans parler des déchéants très avancés chez lesquels tout examen méthodique devient impossible, même chez les déments peu avancés on se heurte souvent à un mutisme, à une méfiance, et on doit en ce cas-là posséder un tact particulier et surtout de la patience pour mener à bien un examen très simplifié. Les déments épileptiques, pas trop avancés, soucieux de leur santé, subissent volontiers un examen complet, (en plusieurs jours! de la part du médecin qui peut gagner facilement leur confiance. Sous prétexte d'examiner leurs « nerfs malades », il peut employer divers tests et peut même se permettre de noter devant eux par écrit leurs réponses, ce qui doit se faire chez d'autres aliénés, plus méfiants et d'une attention plus *mobile*, par un aide.

Les questions doivent varier selon l'âge, le degré de culture, etc. De même on ne peut pas poser, surtout au début de l'interrogatoire, les mêmes questions à des malades connus et inconnus. Il est toujours commode de commencer l'interrogatoire par des questions préliminaires (v. chap. 5) et de telle façon qu'il porte au début le caractère d'une conversation.

Les observations ci-dessous sont personnelles et ont été prises dans le service de mon maître M. G. Maillard, à l'hospice de Bicêtre. J'ai eu toujours en vue mon schéma, mais je n'ai pas suivi rigoureusement son ordre. Il ne faut jamais manquer de noter en passant un trait caractéristique, quand l'occasion se présente. En outre, il est plus commode d'entrecroiser les deux

moyens : *interrogatoire méthodique et tests*, comme cela a lieu dans la technique du chapitre 5.

OBSERVATION I (forme dépressive)

Ferdinand V..., 23 ans, employé des P. T. T., entré le 20 novembre 1914.

Certificats : 8 août 1915. « ... Épilepsie avec crises convulsives »,

12 mai 1916 et 14 mai 1917. « ... Accès fréquents, légère déchéance psychique ».

Antéc. héréd. : Éthylisme et prédisposition nerveuse du côté de la mère. (Un oncle à elle est mort à Sainte-Anne).

Ant. pers. : Naissance normale ; convulsions à quatorze mois ; enfant toujours un peu chétif ; développement physique et intellectuel — rien de particulier ; certificat d'études à douze ans ; à quatorze ans entré dans un bureau des postes. Première crise à treize ans, — depuis crises assez fréquentes (dernier mois : 10 crises, 0 vertiges).

Examen (novembre 1914).

A. *Observation passive* (enquête et observ. proprement dite).

Le changement du caractère et de l'état mental a été aperçu par les parents vers l'âge de 16 ans. Le malade devenait de plus en plus *oublieux*, indifférent, paresseux, en même temps coléreux et impulsif : il a menacé une fois sa mère avec un couteau. La capacité de travail a commencé à diminuer considérablement. Bientôt le malade ne pouvait plus continuer son travail. Le début de ce changement (d'après les dires des parents) a coïncidé avec des excès sexuels, Wasserman). A l'heure actuelle le malade présente les caractères suivants : Affectivité bien conservée : le malade s'intéresse beaucoup à sa santé, etc., reçoit avec plaisir ses parents, a des camarades avec qui il se promène dans la cour. Caractère doux, peu irritable, pas d'impulsions. Travail

nul, lenteur énorme de la parole et de tous les actes.

Hypomimie : facies un peu triste, indifférence ; yeux grandement ouverts, sans expression nette. Les jours suivants à ma rencontre, la figure se ranime, un sourire apparaît, le malade me salue avec une politesse un peu exagérée).

B. *Questions préliminaires :*

(Le malade à l'entrée ôte la casquette, a l'air indifférent).

D. Bonjour M. V., asseyez-vous s. v. p. ! Me reconnaissez-vous ?

R. Non, monsieur. Le malade me voyait 2 ans avant dans le service, tous les jours, pendant 9 mois de suite).

D. Est-ce que vous avez oublié l'interne M. Pick ? (le malade reste indécis) qui vous a piqué 2 fois dans le dos ? (ponctions lombaires).

R. Ah, oui, certainement. (Le malade secoue la tête affirmativement, mais sans grande conviction).

D. Eh bien, M. V. je suis venu de nouveau vous examiner un peu pour voir, comment ça va avec votre maladie. Voulez-vous que j'examine vos nerfs ?

R. Mais, certainement monsieur ! (Le malade se ranime et manifeste une satisfaction).

D. Eh bien, nous allons d'abord causer un peu. Je me rappelle bien votre nom, mais quel est votre prénom ? ? (*)

R. Je m'appelle Ferdinand V...

D. C'est ça. Quel âge avez-vous ? ? R. 23 ans.

D. En quelle année êtes vous né ? R. Je suis né en 1894, le 27 août.

D. Quelle était votre profession ? ? ? Que faisiez-vous ? R. Rien, monsieur.

D. Aucun métier ? R. Aucun. C'est toujours à cause de ma maladie des nerfs.

(*) Signe d'interrogation seul indique la répétition de la question restée sans réponse.

D. Avez-vous travaillé dans un bureau ? R. Non, monsieur.

D. Dans un bureau de poste ? R. Ah, oui, c'est ça.

D. Combien gagniez-vous par mois ? Ah ça, je ne me rappelle pas.

D. Quel jour de la semaine sommes-nous aujourd'hui ? Réponse exacte.

Le malade sait à peu près la date : 7 novembre au lieu de 8, sait l'année, est bien orienté dans l'espace.

D. Pourquoi êtes-vous à Bicêtre ? R. C'est pour ma maladie de nerfs. D. Et vos camarades, qu'est-ce qu'ils font ici ? R. La même chose. D. Tiens ! votre camarade P... comment va-t-il ? R. Voilà trois jours qu'il est mort (exact)... le pauvre garçon... je ne sais pas... peut-être... il s'est rétabli après (!).

(Le malade qui se promenait toujours avec P... semble être troublé, je n'insistais pas),

C. *Interrogatoire méthodique et tests (parallèlement) :*

1) *Attention soutenue, simple et conjuguée.*

a) Test de Bourdon — *a* barrés.

Le malade fixe l'attention assez bien : 2 omissions dans 10 lignes.

b) T. de R. d'Allonnes — carrés noirs.

Le malade met le doigt sur les carrés demandés lentement mais sans erreur.

L'attention spontanée est d'habitude très faible chez ce malade, mais pendant l'examen il fait effort, « il se surpasse » par désir de me plaire. J'ai éternué, il s'est empressé de me dire : « A vos souhaits ». Tout ça doit donc être considéré comme l'attention soutenue, volontaire.

2. *Mémoire :*

D. Connaissez-vous l'adresse de vos parents ? R. Mais oui, monsieur. D. Dites-la. (Réponse exacte). D. Est-ce qu'ils ont toujours habité là ? R. Non... oui... Ils ont habité rue D... n° 3... avant. D. Et l'école que vous fréquentiez dans quelle rue

se trouve-t-elle ? (Le malade nomme la rue, sait le nom d'un de ses maîtres, de quelques-uns de ses camarades).

D. Tiens ! Voilà sur le mur un -- Vous savez, comment ça s'appelle ? (Je lui montre un thermomètre. Le malade ne se rappelle pas le nom pendant 2 minutes. Je lui dis).

D. Eh bien, savez-vous ce qu'il y a là-dedans ? -- ? C'est du mercure. Votre maître vous a expliqué ce que le mercure fait quand la chaleur augmente ?

(Toutes les questions restent sans réponse, malgré l'effort évident du malade).

D. En quelle année avez-vous fait la première communion ? (Réponse pas nette, le malade nomme l'église).

D. Avez-vous fait le service militaire ? R. Non, monsieur, mes accès...

D. Savez-vous avec qui la France fait la guerre ? R. Avec l'Allemagne.

D. Et les Anglais, sont-ils avec nous ou contre nous ? Les Anglais sont avec nous... je crois. D. Et les Bulgares ? R. Aussi avec nous.

D. Et les Autrichiens ? R. Ça je ne pourrais pas vous dire.

D. Que ce que je vous ai demandé avant-hier concernant vos parents ? Concernant leur adresse ? (Le malade dit l'adresse).

D. Qu'avez-vous mangé hier à 11 heures ? (Le malade ne se rappelle pas le nom des légumes, mais reconnaît les plats parmi une série énumérée par moi.)

c) Épreuve de la boîte.

J'ai mis dans la boîte devant le malade quatre objets, — évocation très affaiblie, mais fixation et conversation moins touchées.

Le malade a oublié le nom « *lorgnon* » et dit « *coquelicot* ». plus. fois (troubles aphasiformes).

d) Épreuve de lecture et d'écriture.

1) *Lecture et récitation.*

Le malade lit un *fait divers* : « Le brouillard ».

Une brume épaisse s'est élevée hier soir sur Paris et, en certains points, la circulation des voitures a dû être arrêtée momentanément. On signale quelques accidents : à Aubervilliers une ambulance de la Ville de Paris est tombée, vers 9 heures du soir, dans le canal Saint-Denis, à la hauteur du pont de Landy. Le cocher de l'ambulance, nommé Marie, qui était monté sur le toit de sa voiture, a pu être sauvé.

(Le malade semble lire intelligemment, mais il ne peut pas raconter).

D. « Relisez et faites attention, car je vous demanderai de le raconter dans un instant ».

Le malade ne peut toujours pas raconter, toute l'attention semble être absorbée par le mécanisme de la lecture, et il n'a pas fixé la teneur. Les questions *inductrices* donnent le récit suivant : Une brume épaisse... Une voiture est tombée... Sur le pont de Landy... A cause de ça (?) la jeune fille Marie a pu être sauvée ».

2) *Copie* — faite avec minutie.

3) *Dictée* — assez bonne.

4) *Examen des connaissances scolaires* (en rapport avec le texte lu)

D. Dans quel département se trouve St-Denis ?? R. Près de Paris.

D. Quel est le chef-lieu de la Seine ? R. Paris.

D. Quelle est la capitale de l'Angleterre ? R. Londres.

D. Et la capitale de l'Allemagne ? — ? — Petrograd ? R. Non.

D. New-York ? R. Non. D. Vous avez oublié ? R. Ah attendez ça va probablement revenir. D. Vienne ? R. Non.

D. Berlin ? R. Ah, oui !

D. Qui a été Napoléon I^{er} ? le président de la République ?

R. Un empereur. D. Où est-il mort ? R. Ah ça je ne me rappelle pas. D. Dans quelle île ? — ? S. Ah, ça va revenir. (Le malade ne se rappelle pas).

D. Et Jeanne d'Arc, où est-elle morte ? — ? A Reims ?

A Rouen ? R. A Reims.

5) *Notions éthiques et jugement.*

(Questions sur le cas suivant : Si le cocher avait été tué, la Ville de Paris serait-elle obligée de donner une indemnité à sa femme ? Après beaucoup d'explications, il comprend et *admet*, mais cette épreuve l'a évidemment fatigué.)

E. *Epreuve de Calcul*

- | | |
|----------------------------|--------------|
| 1) Table de multiplication | } assez bien |
| 2) Calculs mentaux simples | |

3) Opérations écrites : additions et soustractions avec retè-
nues, lenteur énorme et erreurs multiples.

4) Règle de trois : Combien coûtent 100 œufs, si une douzaine coûte 36 sous ?

Le malade est incapable de faire le problème même après la décomposition de ce dernier en opérations élémentaires, il manifeste une *viscosité mentale* en multipliant plusieurs fois 100 par 36 malgré les explications. La même chose se répète avec un autre problème semblable.

F. *Epreuve des associations rétrogrades :*

1) Les jours de la semaine dans l'ordre et à l'envers — exé-
cuté avec des longs arrêts.

2) Les mois de l'année — avec grande difficulté, août omis,
après juin un arrêt de quelques minutes.

G. *Test de jugement :*

1) *Usage des objets* (ciseaux, gomme, savon, chat, etc.) — assez
bien.

2) *Plans des actes complexes :*

Que faut-il faire, quand on veut louer un appartement ?

Que faut-il faire, quand on veut envoyer de l'argent à Bor-
deaux ?

Que doit-on avoir pour écrire une lettre ?

(Jugement insuffisant, primitif, nécessité de questions induc-
trices multiples).

H. *T. d'imagination* : (composition des phrases avec 3 mots)
après des explications et des exemples les mots suivants sont
donnés :

Bouquet, jardin, roses.

Voleur, argent, poche.

Cavalier, cheval, tête.

Les phrases composées :

1. J'ai vu un bouquet dans un jardin et j'ai vu des roses.

2. J'ai vu un voleur qui a fouillé la poche pour l'argent.

3. Le cavalier a monté un cheval... (un long arrêt, après de
multiples demandes il a ajouté : « et il a baissé la tête ».)

I. *T. de travail intelligent provoqué.*

Composition d'une lettre à ses parents.

« Bicêtre, le 13 novembre 1917.

« Monsieur V. et Madame V. et ses enfants.

Je voudrais bien vous dire que Monsieur le Docteur Pick,
me rappelle pour me *consoller*. Maintenant je *souffle* un peu.
Mais j'ai moins de crises et je suis moins malades (avec une s)
Mais cependant je me *lien* très bien à l'hospice de Bicêtre. Gr.
qui est mon camarade est très gentil avec moi. Mais à Paris
nous avons une famille qui se rend malade et qui n'était pas venu
jeudi dernier

« Chère mère et Cher Père, je vous souhaite une bonne santé
et une heureuse santé.

Signé : « Ferdinand V ». Le nom se termine
par un paraphe).

Le malade a employé pour la composition de ce document
intéressant, 48 minutes.

J, *Dernière question* : « Quels sont vos projets pour l'avenir ? »
Est-ce que vous resterez ici ? Réponse : « Ah non, ça non ! »
D. Eh bien ? R. Ça sera pour retourner chez mes parents.

OBSERVATION II (forme euphorique)

P... Emile, 46 ans, bachelier ès-sciences. Agriculteur.

Entré le 30 août 1912.

Certificats :

« Epilepsie avec nombreux accès et déchéance profonde ».

Antécédents manquent. Nombre des crises notablement diminué [dernier mois 1 crise, 0 vertiges].

A. Enquête et observation proprement dite :

Raideur des membres inférieurs, hémiparésie droite, démarche difficile, lenteur, gâtisme [à la suite des troubles moteurs], parole trainante, infantile, lèvres un peu contractées, comme pour siffler. Caractère calme, doux ; affectivité conservée ; travail nul ; fait souvent une partie de piquet avec un camarade, lit un journal. [Wassermann négatif ; pas de lymphocytose].

B. Questions préliminaires :

Le malade ne me reconnaît pas ; [facies calme, content] ; très bien orienté dans le temps et dans l'espace, donne des réponses naïves trop détaillées.

D. Quelle était votre profession ? R. J'ai été agriculteur. Je ne savais pas de misère avec ma mère. J'ai eu une ferme de 12 chevaux et beaucoup de vaches. Ma mère est impotente, je l'ai défendu de venir me voir. J'ai manié beaucoup d'argent. Si les vaches devenaient grasses et ne donnaient pas de lait je les vendais au boucher [suivent des détails sur l'agriculture].

D. Et votre séjour dans l'hospice, comment agit-il sur votre santé ?

R. La santé va de plus en plus mieux. L'estomac est excellent : je digérerais comme l'autruche des cailloux. C'est la digestion qui m'a sauvé. A 30 ans j'ai eu des crises 7-8 par jour ; en mangeant je portais la main ici — sur le cœur ; je disais — « tiens ! ça me prend ! », ça ne durait pas longtemps, je n'interrompais jamais...

D. Quand êtes-vous entré à l'hospice ?

R. Excusez-moi, monsieur. Le prof. Jaccoud m'a dit, qu'après 42 ans ça passera, parce que ça ne tient pas à la naissance, ça provient des études, de la jeunesse qui force la nature. Dans les hôpitaux ceux qui forcent la nature souffrent plus. Je sens que ma colonne vertébrale se fortifie.

D. Mais vous connaissez beaucoup de choses, Monsieur P.

R. C'est le résultat de mes réflexions, monsieur. J'ai été bachelier ès-sciences. J'ai été conseiller municipal, le plus jeune conseiller municipal en France. Le préfet me l'a dit. Je notais tous les jours les impressions de la journée...

C. *Interrogatoire méthodique et tests :*

a. *Attention soutenue*, bien conservée.

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| 1) Test de Bourdon | } exécution exacte, mais lente. |
| 2) T. de R. d'Allonny | |

b) *Mémoire :*

- 1) Mémoire automatique, bien conservée.
- 2) Mémoire intelligente (règles de mathématique) très affaiblie.
- 3) Souvenirs récents, évocation affaiblie.

c) *Epreuve de la boîte.*

Evocation faible, fixation et conservation meilleures.

d) *Epreuve de lecture et d'écriture :*

- 1) Lecture et récitation.

Le malade lit correctement, mais ne peut pas raconter, après une nouvelle lecture, raconte à l'aide des questions inductrices.

D. Pourquoi le cocher est-il monté sur le toit de sa voiture ?

R. Parce que il y avait de l'eau dans le canal. Moi je suis bon nageur. J'ai beaucoup nagé dans la Marne.

D. Et maintenant ? R. Il me semble que je me tirerais de l'eau. Il me semble, c'est comme *une intuition*, que je me tirerai maintenant aussi de l'eau. La santé va de plus en plus mieux. C'est l'estomac... Les nuits sont excellentes, je me réveille 2 ou 3 fois...

D. Et les jambes ? R. Les jambes sont un peu raides, c'est l manque de mouvements. J'ai un peu de *gangrène sénile*, c'est-à-dire paralysie sénile... sénile ça veut dire *infantile* ?

2) *Copie* — exacte.

3) *Dictée* — quelques légères fautes.

4) *Connaissances scolaires* :

Napoléon I. Il a été ambitieux, il a voulu dominer le monde. Il est mort dans l'île Sainte-Hélène. L'île a été pauvre, Napoléon a souffert, etc.

Jeanne d'Arc. Elle a été brûlée, je crois... à Orléans.

Jaffa se trouve en Egypte. Jérusalem, capitale d'Egypte... le seigneur J.-C. Il y a Egypte en Europe et en Asie. Palestine près de Roumanie. Il y a aussi la Bulgarie. Il me semble que nous sommes pour la Bulgarie.

D. Pour la Bulgarie ou pour la Serbie ? R. Je n'affirme pas, je sais que l'Autriche est contre la Bulgarie et l'Allemagne aussi. Ils ont compté sur l'Italie, mais elle est avec nous.

D. Mais vous êtes bien au courant, M. P.

Je lis tous les jours le *Petit Parisien* (suivent des renseignements sur ses études, emploi de conseiller etc.

E. *Epreuves de calcul* :

1) Table de multiplication	} bien.
2) Calculs mentaux simples	

3) *Opérations écrites* : additions bien ; soustractions avec retenues, le malade commence de gauche à droite, jusqu'au premier chiffre. « Je me suis trompé, j'ai commencé à l'envers, c'est le manque d'habitude. » Erreurs multiples.

4) Règles de trois. Après des questions inductrices le malade fait les problèmes très médiocrement.

(C'est caractéristique que le malade comme dans la première observation accuse ici une « viscosité mentale », il ne peut pas se débarrasser d'une erreur malgré des explications suffisantes, comprises).

f. *Associations rétrogrades* :

1) Jours de la semaine — bien.

2) Mois -- octobre omis, — après une remarque — répétition bien.

g. *T. de jugement*.

1) Usage des objets — bien (thermomètre — le mercure monte par *pression atmosph.*).

2) Plans des actes complexes — médiocre (naïveté, pauvreté d'esprit).

h. *T. d'imagination* :

Phrases : J'ai fait un bouquet des roses, que j'ai cueillies dans le jardin. Le voleur fouille les poches pour prendre de l'argent. Cavalier! si tu montes un cheval, prends garde de ne pas te casser la tête.

i. *Composition d'une lettre* adressée à moi. (durée : 35 min.).

Monsieur,

J'ai eu l'avantage de vous voir à l'hospice de Bicêtre. Grâce à vous, mon esprit, alourdi par le manque de contact avec quelqu'un qui possède votre sens, a commencé à se redévelopper et j'espère pouvoir vous satisfaire dans mes réponses qui ont, d'abord, été quelque peu saugrenues.

Croyez, je vous prie, monsieur et docteur que je tâcherai d'apporter mon peu d'intelligence à la bienveillante confiance que j'ai cru voir envers moi. Je suis toujours votre très dévoué et reconnaissant. (Signature : COQUETTE.)

j. *Projets* : « Assurance dans l'agriculture ». « J'ai eu beaucoup de relations ».

OBSERVATION III (forme hypocondriaque)

Ar... Gaston, 28 ans, employé de commerce.

Ant. hér. — Rien de particulier, mère irritable.

Ant. pers. — Convulsions au début de l'éruption des dents.

A 10 ans, chute sur un bloc de granit, — pas de perte de connaissance —, suture des téguments sur la région frontale gauche. Deux mois après, première crise. Le malade considéré comme jacksonnien a été trépané du côté gauche, plus tard — du côté droit, sans résultat. Les crises sont très nombreuses, ainsi que les vertiges, et portent un caractère d'épilepsie commune. En 1913 après la deuxième trépanation — agitation extrême, automutilation, crises nombreuses, état confusionnel, troubles très accentués de la parole. Crises (pendant le dernier mois) 31, vertiges 4.

Examen (novembre 1917).

A. Enquête et observation :

Le malade est très soucieux de sa santé ; idées hypochondriaques ; en même temps, confiance dans sa guérison, — très sociable, doux, travail nul.

B. Questions préliminaires :

Bonne orientation.

C. Interrogatoire et tests :

1) *Attention soutenue simple et conjuguée* — bien conservée.

2) *Mémoire* ;

Évocation faible. « Vous voyez, vous voyez ! J'ai perdu ma mémoire ! Ce sont les bromures ».

3) *Récitation* après la première lecture impossible, après la seconde possible à l'aide des questions. *Copie et dictée* — assez bien.

Connaissances scolaires — médiocre.

4) *Épreuves de calcul* — assez bien.

5) *Associations rétrogrades* — assez bien.

6) *Jugement* :

a) *Usage des objets* — bien.

b) *Plans des actes complexes* :

D. Que faut-il faire quand on veut louer un appartement ?

R. Qu'est-ce que vous voulez, un appartement ou un logement ?

D. Ça m'est égal. Que feriez vous, si vous vouliez louer un logement ?

R. J'ai été heureux avec ma mère et ma sœur dans la rue de R. p. q. nous connaissons le quartier par ma tante,

D. Mais que faut il faire quand on veut louer un appartement dans une ville, où on ne connaît personne ?

R. Dans les arrondissements il y a des mairies. Je crois que...

D. Et dans la rue peut-on reconnaître, où il y a un appartement à louer ?

R. Ah oui, c'est un.... sur quoi,...

D. Une plaque ? R. C'est ça. Est-ce que ça n'a pas un autre nom ?

D. Une pancarte ? R. Ah oui, c'est ça.

7) *Phrases composées.*

C'est dans le jardin que je vois tous les jours, même plusieurs fois par jour, devant la Chapelle qui est à l'hospice de Bicêtre, qu'on fera dans l'été prochain un bouquet de roses pour vous Monsieur, si vous pouvez arriver à me guérir.

« C'est une composition française, quoi ! »

8) Lettre adressée à moi.

Monsieur le Docteur

(Suit un récit sur la masturbation, sur l'insuccès de l'essai de se « mettre avec une femme », sur l'intention d'aller dans une maison publique). A propos du chiffre 7 (le mal. m'a longuement entretenu la veille à propos du chiffre 7, auquel il attache un délire mystique), les 3/4 des malades de ma salle ont 7 lettres à leur nom (lui aussi); au mot suivant : maladie il y a 7 lettres ; également dans une semaine il y a 7 jours. Je viens d'écrire dans ma dernière phrase 3 mots avec 7 lettres. Dans notre section (7 lettres) tous les malades ont 7 boutons à leur gilet. Les mots suivants de pharmacie : bromure, véronal et calomel ont 7 lettres.

(Ensuite suivent les mots : Kremlin-Bicêtre, hospice, hôpital Docteur, Médecin etc.) Depuis trois semaines que je pense que la Résurrection de Notre Seigneur Jésus-Christ se fera 7 jours après la Noël, c'est-à-dire le 1^{er} janvier (encore un mot à sept lettres), etc.

Le bromure que j'ai cessé de prendre depuis deux ans m'a enlevé ma mémoire (suit une nouvelle série de mots).

Voilà, Monsieur le Docteur, tout ce que je vois à vous dire à propos de mon cerveau, etc.

Dernière question. « Vos projets ? » R. Je pense que moi et tous ces malades qui ont 7 lettres seront guéris par le Bon-Dieu qui a aussi 7 lettres. Je pense toujours à des choses mauvaises, parce que il se fait toujours le contraire, parce que je n'ai pas de chance, alors il se fera bien.

OBSERVATION IV

Guer. Albert, 36 ans, marchand, entré le 4 décembre 1906.

Certificats :

1907 — Epilepsie.

1915 — Epilepsie avec prof. déchéance psychique.

Antéc. hér. — Rien de particulier.

Antéc. pers. — Première crise à la suite d'une fluxion de poitrine [?] en bas-âge. Dernier mois, 5 accès, 1 vertige.

Examen :

A. *Enquête.* A été un excellent travailleur au chantier, depuis plusieurs années, déchéance profonde, progressive. Lenteur, indifférence s'habille seul, mange seul, mais devient de plus en plus malpropre. Affectivité persiste, mais affaiblie.

B. Interrogatoire et tests.

Le malade ne sait ni son âge, ni l'endroit où il se trouve. Rit à chaque instant, est un peu agité, attention très affaiblie, il faut répéter plusieurs fois chaque question et le secouer.

D. Que faisiez-vous ? Quelle profession avez-vous eue

R. Je faisais les marchés. J'ai eu une balladeuse.

D. Depuis quand êtes-vous là ? R. Beaucoup de mois.

D. Depuis combien de temps avez-vous votre maladie des nerfs ?

R. Depuis que j'ai pris des douches je ne tombe plus. J'ai vu mes deux frères en soldat, qui s'assomment. Je n'aime pas beaucoup *voir* la guerre, ça me fait de la peine [éclats de rire à chaque instant],

D. Qui fait la guerre ? L'Allemagne est contre nous ou avec nous ? R. L'Allemagne — c'était du côté de l'est, maintenant je ne sais pas.

D. Et l'Angleterre est-elle avec nous ou contre nous ?

R. Les Anglitch, les Belgicaux, les Espagnols (rit).

D. Que ce que vous faites *ici* ? R. *Issy-les-Moulinaux*.

Le malade est très inattentif. Je mets un porte-plume dans sa main, je la prend en répétant plusieurs fois : « Allons barrez tous les *a* qui se trouvent ici », et je commence à barrer avec sa main les *a* d'un morceau de journal, qu'il a préalablement lu (très mal). Après trois lignes, le malade continue tout seul à barrer les *a* assez bien. Attention soutenue simple, un peu conservée même dans cet état de déchéance !

D. 5 et 2, ça fait combien ? R. Ça fait 6. Je m'ennuie ici, ils ne font jamais sortir depuis la guerre (il parle sur la guerre sous l'influence de ses frères qui le visitent).

OBSERVATION V

Rol. Jean-Baptiste, 46 ans ans. Entré le 25 novembre 1897.

Antécédents manquent. A été longtemps un excellent travailleur au chantier et à la buanderie, mais impulsif. En 1903 pendant un certain temps, idées vagues de persécution ; accusait ses voisins de table qu'ils se sont procurés pendant leur sortie

du poison pour l'empoisonner. Dans son dossier se trouvent 2 lettres : une adressée en 1905 au Directeur de l'Hospice, demandant la permission de sortir, l'autre à la surveillante, où il s'excuse pour le « mauvais acte » qu'il a commis envers le « jeune homme », qui « cherche des disputes à beaucoup de malades ». Les deux lettres sont bien rédigées, l'écriture est bonne. Une note de 1913 caractérise son état de la façon suivante : « Déchéance, viscosité psychique, troubles de la parole ». En 1915 examiné par moi : déchéance profonde, attention extrêmement affaiblie, chaque question doit être répétée 5-6 fois, lenteur générale énorme, viscosité mentale frappante : si on réussit à fixer son attention sur une idée quelconque, le malade ne peut plus se détacher de cette idée pendant 10-15 minutes, et répond à diverses questions toujours par des mots et des phrases concernant la première question comprise. Il est remarquable que le test de Rourdon, après avoir employé le procédé de la 4^{me} observation, a été positif : le malade conservait une attention soutenue ! Examiné 2 ans après — dernièrement — le malade présentait une déchéance complète rappelant une idiotie profonde : aucune réponse plus ou moins logique, lecture impossible : le malade saute d'une ligne à l'autre, se fatigue tout de suite et commence à « inventer » des mots sans aucune signification. De même, l'écriture est impossible : égratignures, petits traits, etc. Après avoir été bien secoué il a écrit son nom, répétant plusieurs fois les 2 dernières lettres et les ajoutant aussi à son prénom Jean plusieurs fois : un reste de son ancienne viscosité mentale.

En nous appuyant sur ces observations nous pouvons tracer le tableau suivant de l'évolution de la démence épileptique pure. Avant tout apparaissent les troubles de l'attention et de la mémoire qui sont au début assez difficiles à déceler par l'observation seule, parce qu'ils sont partiels. Tandis que l'at-

tention soutenue, volontaire, reste longtemps assez intense, l'attention spontanée commence à faiblir progressivement. Cette inégalité des troubles, qui se manifeste aussi dans les autres fonctions, nous la considérons comme un des symptômes caractéristiques de la dém. épil. La mémoire présente au début de faibles troubles d'évocation, mais la fixation, après avoir vaincu l'inattention, et la conservation restent peu touchées. Les troubles de la mémoire s'accroissent quand le jugement et l'association des idées à leur tour sont déjà affaiblis à un degré plus ou moins notable. Il se forme une « sélection » des souvenirs non seulement d'après la loi de Ribot (souvenirs récents s'effacent avant les souvenirs anciens) mais aussi selon l'élément *intelligent* contenu dans ces souvenirs. La mémoire automatique [souvenirs simples, personnels et familiaux, table de multiplication, etc.] fonctionne relativement bien, mais les souvenirs compliqués, les notions scolaires *intelligentes* s'effacent petit à petit ; en même temps, à la suite des troubles mentionnés, l'acquisition de nouvelles notions cesse ; le développement s'arrête et l'intelligence baisse de plus en plus. Les troubles du jugement et de l'association des idées sont aussi partiels : l'enchaînement des idées se fait sans incohérence apparente, le jugement n'est pas absurde, mais leur qualité est très abaissée ; manque de sens critique, naïveté. L'intelligence touchée du malade lui suffit encore pour avoir conscience de son état morbide.

Cette conscience soutenue par l'attention volontaire et par diverses sensations cénesthésiques morbides, engendre un égoïsme. Le malade s'occupe surtout de sa propre personne, devient égoïste, hypocondriaque, quelquefois avec un mélange d'euphorie (en rapport avec les sens. cénesthésiques) et de confiance dans sa guérison par le médecin ou par le Bon-Dieu. Au cours de l'évolution peuvent apparaître divers délires (mysticisme, érotisme, persécution), ainsi que des impulsions. Mais petit-à-petit une sorte d'engourdissement générale commence à

s'installer. Les réactions vives diminuent ; une lenteur extrême envahit toutes les sphères psychiques, tous les mouvements. Cette lenteur est particulièrement caractéristique dans la sphère intellectuelle. L'intelligence engourdie secouée par l'interlocuteur s'accroche à une idée quelconque sans pouvoir facilement s'en détacher, et le passage à une autre idée devient pénible, ce qu'on appelle « viscosité mentale ». La période d'état dure d'habitude longtemps. Si le malade n'est pas enlevé par une maladie intercurrente, il s'achemine lentement mais progressivement vers la déchéance complète qui rappelle une idiotie profonde.

CONCLUSIONS

A. *La méthode d'examen des déments.*

1. L'examen clinique de l'état mental chez les déments, à l'instar de l'examen clinique en pathologie générale, doit présenter les deux éléments suivants :

a) l'élément qualitatif — recherche des symptômes, et b) l'élément quantitatif — évaluation de leur intensité, — et sa méthode doit être basée sur les 2 moyens suivants :

a) l'observation	{	<i>passive</i> — l'observ. propr. dite (par l'entourage et le médecin),
		<i>active</i> — l'interrogatoire méthodique (visant l'étude systématique des fonctions psychiques à examiner),

et b) l'expérimentation immédiate — tests, (l'expérimentation proprement dite — les recherches de laboratoire — présentant la partie *exceptionnelle* de l'examen pratique. V. chapitres : 2, 3, 4).

2. La méthode de MM. Gilbert Ballet et Genil-Perrin,

après quelques modifications, nous semble répondre le plus à ces exigences, (V. chap. 5.)

B. *Application de la méthode à l'étude de la démence épileptique.*

1. *Les formes de la démence épileptique.*

Certains auteurs compliquent l'étude de la démence épileptique par la différenciation des formes multiples : ils décrivent une démence épileptique à forme de démence précoce, — de démence sénile, — de paralysie générale, — spasmodique, etc.

Après un examen clinique de nombreux malades, et en nous appuyant sur divers documents, nous arrivons, concernant cette question, aux conclusions suivantes :

a) Des démences autres que la démence épileptique (comme par exemple la démence précoce, sénile, alcoolique, etc.) peuvent précéder l'épilepsie, coïncider avec elle ou la suivre.

b) L'épilepsie se complique parfois (surtout chez les personnes jeunes) de troubles spasmodiques ou paralytiques qui peuvent coexister avec la démence épileptique ou rester isolés.

c) Un épileptique peut quelquefois présenter une démence *mixte*, autrement dit : un mélange de symptômes de la démence épileptique et d'une autre démence (précoce, sénile, alcoolique, etc.), mais dans l'immense majorité des cas l'épilepsie donne une démence épileptique *pure et typique*.

d) Cette dernière présentant toujours à peu près le même tableau, prend néanmoins, suivant le caractère

dit *épileptique* (v. chap. 6), l'âge, etc., divers *coloris* principalement d'ordre émotif. Elle se présente en clinique sous les aspects : hypocondriaque, euphorique, dépressif ou ralenti, agité ou turbulent (enfants) etc., donnant quelquefois certaines combinaisons (un mélange de sentiments hypocondriaques et euphoriques par exemple).

2. *Les symptômes de la démence épileptique ralentie (la plus typique) à la période d'état.*

Caractères généraux :

- a) altération partielle et inégale des fonctions psychiques ;
- b) lenteur générale (viscosité mentale) ;
- c) évolution progressive mais lente.

A. *Sphère affective* :

- a) auto-affectivité — peu touchée (quelques fois exagérée — égocentrisme).
- b) hétéro-affectivité — assez bien conservée.
- c) émotions — leur acuité s'émousse petit à petit, mais elles persistent.

B. *Sphère intellectuelle.*

a) *Attention.*

- a) attention spontanée — très affaiblie.
- b) attention soutenue — assez bien conservée.

b) *Mémoire.*

- a) mémoire intelligente — très affaiblie.
- b) mémoire automatique — mieux conservée.
- c) évocation — très touchée.
- d) fixation et conservation — moins touchées.

C. *Jugement, association des idées, imagination.*

Absence d'absurdité, cohérence, mais pauvreté et naïveté primitive.

d) Les phénomènes paradémentiels : *délires* (mystique, érotique, de persécution, etc.) et *troubles des perceptions* (hallucinations et illusions) sont chez les déments épileptiques *épisodeques*.

C. *Sphère active.*

a) *Travail.*

a) tr. intelligent prolongé — impossible.

b) tr. automatique — possible, mais faible rendement et fatigue rapide.

b) *Réactions.*

a) Caractère général : dépression et lenteur de plus en plus accentuées.

b) Langage : parole trainante, répétée, quelques fois troubles *aphasiformes*.

c) Écriture : tremblements, inexactitudes, etc.

d) Mimique : diminuée — hypomimie.

e) Impulsions : diminuent, mais persistent chez les épileptiques *méchants*.

Vu :

Le Président de Thèse,

ROGER.

Vu :

Le Doyen :

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

POINCARÉ.

BIBLIOGRAPHIE

BAILLARGER. — Recherches sur les maladies mentales.
Paris 1890.

BALL. — Leçons sur les maladies mentales. Paris 1890.

BALL et CHAMBARD. — Démence. Dictionnaire de De-
chambre. Paris 1881.

BALLET G. — Traité de pathologie mentale. 1903.

BECHTEREW. — Psychologie objective.

BINET et SIMON. — Année psychologique. 1905, 1909,
1910.

BLONDEL. — Degré de l'activité intellectuelle. Journal
de psychologie normale et pathologique. 1910.

BURT. — Tests. The brit. journ. of psycholgy. 1909.

CHASLIN. — Elém. de sémiol. et clinique mentale.
Paris 1912.

CALMEIL. — De l'épilepsie. Thèse. Paris 1824.

CONDOMINE. — De la démence chez les épileptiques.
Thèse. Lyon 1908.

CORNILLOT. — Perte de mémoire de calcul chez les
p. g. Thèse. Paris 1904.

CULLÈRE. — Traité pratique des maladies mentales. Paris
1890.

DAGONET. — Traité des maladies mentales. Paris 1894.

- DELASIAUVE. — Traité d'épilepsie. 1859.
- DENY et ROY. — La démence précoce. Paris 1903.
- ESQUIROL. Traité des maladies mentales. Paris 1838.
- FALRET (J.). — Etudes cliniques. Paris 1890.
- FÉRÉ. — Les épilepsies et les épileptiques. Paris 1897.
- » Aide-Mémoire. 1892.
- FOVILLE fils. — Démence. Dict. de méd. et de chir. pratique 1869.
- JAMES. — Psychologie 1909.
- JANET. — Névroses et idées fixes 1898.
- JOFFROY. — La p. g. Paris 1910.
- KÉRAVAL. — La pratique de la médecine mentale.
- KRAEPLIN. — Introduction à la psych. clinique. P. 1907.
- LADAME. — L'assoc. des idées dans les mal. ment. Encéphale 1908.
- LÉRI et VURPAS. — L'état mental dans la chorée. Encéphale 1909.
- MAGNAN. — Leçons cliniques sur les mal. ment. P. 1897.
- MAILLARD G. — Maladie de Parkinson. P. 1908.
- MARCÉ. — Traité pratique des mal. ment. P. 1862.
- MARCHAND. — Manuel de méd. ment. P. 1908.
- MARIE A. — La démence. P. 1906.
- Traité intern. de psych. pathol. 3 v. 1911-12.
(Les art. de Clouston, Bechterew et Ferrari
sur l'examen des déments, etc.).
- MARIE P. — La pratique neurologique. P. 1911.
- MASSELON. — La psychologie des déments précoces.
- MOREL. B. — Traité des mal. ment. Paris 1860.

MOREL L. — L'affaibl. intell. dans la dém. épilept.

Thèse Lyon 1912.

POUILLET. — De l'état intell. dans les démences. Thèse

Lyon 1912.

RÉGIS. — Précis de psychiatrie. Paris 1914.

REVAULT D'ALLONNES. — L'affaibliss. intell. chez les
dém. P. 1912.

RIBOT. — Les maladies de la mémoire 1907.

RIBOT. — De la valeur des questionnaires en psycholo-
gie. Journ. de psychol. norm. et path. 1904.

ROGUES de FURSAC. — Manuel de psychiatrie. 1909.

SÉGLAS. — Leçons cliniques sur les mal. ment. 1895.

TOULOUSE, VACHIDE et PIERON. — Technique de psych.
expér. Journ. de psych. pathol. et norm. 1904.

VOISIN J. — L'épilepsie. 1897.

VOISIN J, et R. — Sur la dém. épilept. à forme de dém.
préc. Presse médicale. 1907.

